



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A PADRES DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TRABAJO FIN DE GRADO

Autora: Amanda de Dios Bielza

Tutora: Dra. Carmen Sellán Soto

Curso académico: 2017-2018.

Resumen: Actualmente, la adolescencia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria son dos conceptos estrechamente ligados. Esto se ha convertido en un problema de salud global con la consecuente necesidad de llevar a cabo un tratamiento personalizado con la necesidad de integrar a la familia de las adolescentes en el desarrollo del mismo.

Desde la perspectiva enfermera, la Psicoeducación Familiar, basada en las dificultades expresadas por los familiares, se presenta como una propuesta de Educación Sanitaria que ofrece la oportunidad de educar a la familia en la prevención de conflictos mediante una serie técnicas de formación para que sean capaces de dar solución a diferentes situaciones estresantes que puedan plantearse y generen dificultades de resolución.

Objetivo: Desarrollar un programa de Educación para la Salud para la prevención de conflictos dirigido a padres de adolescentes diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Método: Este programa de Educación Para la Salud se va a desarrollar a través de 6 sesiones en el Hospital de Día-Centro de Rehabilitación Dionisia Plaza. Va a estar dirigido a padres los cuales hayan asistido a terapia familiar y hayan sido valorados previamente.

Conclusiones: Este programa de Educación para la Salud, se convierte en una intervención enfermera con la finalidad de acrecentar las habilidades necesarias y conductas que faciliten el manejo de las situaciones conflictivas existentes en las familias de adolescentes que padecen una enfermedad mental.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta alimentaria; Adolescentes; Familia; Tratamiento; Educación Para la Salud; Psicoeducación.

Abstract: Eating Behavioral Disorders (EBD) are closely related to adolescence, and in the modern world these disorders have become a health problem that requires the accurate retrieval and usage of personal information regarding the patient, integrating the families in the healing process of teenagers

From the nursing perspective, the psychoeducation of families on how to handle issues previously known to them (or ‘handle issues at home’) plays a crucial role as a health education tool that can enable families to confront a variety of stressing situations that patients may have to deal with during the healing process.

Objective: Developing Health Educational Program to prevent conflicts, aimed at parents of teenagers suffering from Eating Behavioral Disorders.

Method: This Health Educational Program is going to take place during 6 sessions at the “Hospital de Día-Centro de Rehabilitación Dionisia Plaza”. It is aimed at parents who have attended family therapy and have previously been evaluated.

Conclusions: This Health Educational Program is a nurse-led intervention that intends to enhance the necessary skills as well as the behavioral conducts that can help handle conflictive situations in teenagers’s families that are suffering from mental illness.

Key words: Eating Behavioral Disorder.: Teenagers, Family, Treatment, Health Education, Psychoeducation.

INDICE DE CONTENIDOS.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Trastornos de conducta alimentaria, mucho más que un trastorno mental.....	2
1.2 Historia y evolución del concepto de tca	3
1.3 Epidemiología	6
1.4 Etiología	7
1.5 Antecedentes de intervenciones familiares	8
1.6 Justificación.....	10
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo general	19
2.2. Objetivos específicos	19
3. METODOLOGÍA.....	20
3.1. Población diana	20
3.2. Captación de la población o de la muestra	20
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	20
3.4. Cronograma	21
4. DISEÑO DE LAS SESIONES	23
5. CONCLUSIONES.....	33
6. LIMITACIONES.....	34
7. AGRADECIMIENTOS.....	35
8. BIBLIOGRAFÍA	36
9. ANEXOS	40
ANEXO 1. FASES DE EVOLUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES CON TCA.	40
ANEXO 2. CUESTIONARIO FAMILIAR. (Family Questionnaire, FQ; Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg, 2002).....	41
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
ANEXO 4. MURAL CON LAS TÉCNICAS PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	45
ANEXO 5. Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS; <i>Parent- Adolescent Communication Scale</i>).	46
ANEXO 6. Texto con experiencias reales de padres y madres de adolescentes en situaciones conflictivas	47
ANEXO 7. Cuestionario de satisfacción.....	48

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la adolescencia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante, TCA), son dos conceptos estrechamente ligados. En los últimos años, la población femenina comprendida entre las edades de 15 y 21 años se ha convertido en la principal afectada por este problema de salud mental. No obstante, en *la Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*; Nieto, Casado, García y Peláez (2008) hacen referencia a los TCA como un problema de salud global a causa del notable incremento de la prevalencia, incidencia, necesidad de tratamiento personalizado, afectación infato- juvenil, frecuente hospitalización y aumento de mortalidad y morbilidad. En esta, se describe la importancia de la alarma social que existe al respecto, llegando a considerarse la epidemia del siglo XXI por el aumento reciente de casos en países desarrollados. Esto, ha creado la necesidad de una actualización y revisión permanente de la información conocida así como de una búsqueda exasperada de estrategias de prevención y detección precoz de estas enfermedades.

En el año 2002, en la publicación realizada por la United Nations Emergency Forces (UNEF), Carlos Bellamy, refiere lo siguiente “...*Si la humanidad consigue remontar los retos que presenta el siglo venidero será en gran parte como consecuencia de la manera en que los adolescentes superen los peligros que entraña el crecimiento.*” – (p.39)

Según el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2017), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia y la juventud como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta (jóvenes de 10 a 19 años)” (p. 7).

En su publicación “*Terapia ocupacional en Salud Mental. Teorías y técnicas para la autonomía personal*”, Sánchez, Polonio, y Pellegrini, (2006), afirman lo siguiente:

La adolescencia, este periodo considerado como una etapa vital positiva y de transición a la vida adulta, está caracterizado por la presencia de numerosos cambios y experiencias que determinarán un adecuado desarrollo. Los diversos cambios que se describen a continuación convierten la adolescencia en un periodo de mayor vulnerabilidad a la aparición de diferentes trastornos:

La maduración física y sexual, con un desarrollo que influye en la

percepción que los demás tienen de los adolescentes, así como la forma en la que estos mismos se perciben.

Cambios cognitivos que según Piaget (1979) están caracterizados por un aumento de la capacidad de reflexión y razonamiento

Los cambios emocionales, con una inestabilidad de los estados emocionales y un continuo autoanálisis.

Los diferentes cambios sociales, asociados a mayores exigencias sociales y educativas y un incremento de la libertad en la toma de decisiones.
(p.223)

Además, para comprender el desarrollo de la personalidad en los adolescentes, estos autores coinciden en la importancia de la Teoría Psicosocial de Erikson (1985), “la cual identifica el periodo de la adolescencia con la quinta etapa de las ocho etapas psicosociales por las que pasa el ser humano; Identidad frente a confusión de roles: fidelidad. De tal manera que Erikson considera uno de los aspectos más importantes en de esta etapa es la seguridad en uno mismo frente al hecho de avergonzarse de sí mismo, adquiriendo gran importancia el desarrollo de la confianza y la auto aceptación” (p.223).

1.1 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, MUCHO MÁS QUE UN TRASTORNO MENTAL.

En primer lugar, cabe destacar que los TCA constituyen actualmente uno de los problemas de salud más importantes a nivel sanitario y sociológico susceptible de ser estudiado desde diferentes áreas. El impacto social, los datos epidemiológicos, las manifestaciones clínicas de la enfermedad, los numerosos factores determinantes, hacen imprescindible un abordaje multidisciplinar, donde los diferentes profesionales y personas de su entorno se convierten en sujetos necesarios para la adecuada recuperación de las personas afectadas.

En la revisión realizada de la *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso* publicada por el Gobierno de Cantabria en el año 2012, se concluye que: “Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo” (p.17). Por esto, la importancia de considerar

las alteraciones que se producen en el área psicosocial del individuo en el tratamiento de las adolescentes que padecen esta enfermedad mental.

1.2 HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE TCA

El acto de “comer” ha adquirido a lo largo de la historia un significado cultural y social al convertirse en una necesidad que en múltiples ocasiones no es real. Una sociedad marcada por el consumismo donde existe un acceso indiscriminado a la comida, un fenómeno determinante en la actual tendencia de aparición de trastornos relacionados con la alimentación.

Lenoir y Silber, (2006), hacen referencia a la aparición de los TCA como un hecho no reciente. Encontramos antecedentes de estos ya en Roma donde se producían conductas con atracones de comida y purgas posteriores como signo de estatus. O bien, en la Edad Media, donde era frecuente encontrar casos de personas que disfrutaban experimentando el hambre y llevaban a cabo dietas muy estrictas.

En su publicación “Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1). Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad”, Lenoir y Silber (2006), resaltan a los autores que realizaron varias de las aportaciones más importantes en la evolución del concepto de los TCA. Según citan estos autores, “Richard Morton, médico inglés del siglo XVII que realiza la primera descripción del cuadro de la anorexia, o William Gull, en el siglo XIX, quien describe la Anorexia Nerviosa (en adelante, AN) por primera vez y le da el nombre en el año 1874. En esta época, Lasègue, psiquiatra francés, que focalizó sus estudios en la búsqueda de respuestas a nivel psicológico y familiar” (p.254).

Según Nieto et al., (2008), a partir de 1960 comienzan a publicarse numerosos trabajos realizados sobre la AN y la Bulimia Nerviosa (en adelante, BN), adquiriendo Rusell un papel destacable al ser el primero en definir la BN, como “un trastorno severo de la conducta alimentaria caracterizada por episodios de sobreingesta, y voracidad, a los que le siguen vómitos, toma de laxantes y/o diuréticos para anular las consecuencias”. No obstante, este trastorno no fue reconocido hasta el año 1980 cuando se publicó *el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales 3ª edición*. (p.15)

Los TCA, aparecen definidos en *El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales 4ª Edición* (DSM-IV, 1994. p. 553), “Aquellos en los cuales

existe una preocupación excesiva por el peso, relacionada con una ingesta insuficiente o irregular de comida”.

No obstante, contamos en la actualidad con una actualización de este último, *La Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (2013), (DSM-V) en el cual serían considerados como los dos trastornos más importantes la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), existiendo diferencias entre las manifestaciones de ambos.

Atendiendo al primero, “las pacientes que padecen este trastorno se caracterizan por un rechazo a mantener su peso por debajo del rango normal teniendo en cuenta la edad y la talla, además de un miedo intenso a aumentar de peso junto a la presencia de una distorsión de la imagen corporal. Por otro lado, en el caso de los pacientes que padecen BN, se dan una serie de conductas compensatorias tras ingestas recurrentes de comida en cantidades excesivas”. Además, aparecen descritas otros Trastornos de la Conducta no específicos. Sin embargo, nos centraremos en la AN y la BN. (Pp.553-559)

Por otro lado, cabe destacar, que se observan diferencias existentes entre los criterios del DSM-IV y las manifestaciones propias de las adolescentes que padecen TCA. Lenoir y Silber (2006) señalan que, según el estudio realizado por Powers y Santana (2002) sobre la anorexia nerviosa en la infancia y adolescencia, atendiendo a las características descritas en el manual DSM-IV, la mayoría de adolescentes presentan una serie de manifestaciones atípicas que dificultan el diagnóstico. (p.254)

El Manual de Codificación CIE-10 Diagnósticos, publicado en el año 2016 por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, señala que “se trata de una psicopatología caracterizada por la persistencia de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal” (p. 101).

Así mismo, el CIE -10 define la bulimia nerviosa como “un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una gran preocupación por el control del peso corporal que conduce a continuación a vomitar o tomar purgantes” (p.101). La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa, aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía.

A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge

una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Por otro lado, para la comprensión de la visión enfermera de la enfermedad y el consecuente desarrollo de este proyecto, es imprescindible hacer referencia a las diferentes características asociadas a las personas diagnosticadas de TCA que trascienden más allá del plano médico y científico.

Existe evidencia de que las personas diagnosticadas de TCA tienen claras dificultades con respecto al área emocional.

Marijuán (2016), señala como, “estas mismas dificultades, pueden ser consideradas principales factores de riesgo que influyen de forma directa en la ingesta de comida. La baja autoestima, ansiedad-rasgo, alexitimia (dificultad para identificar y expresar las emociones), actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones). El desarrollo de estos trastornos psiquiátricos es considerado por números estudios como una consecuencia de la incapacidad de responder a las diferentes demandas de la adolescencia” (p.12).

Por otro lado, Vargas (2013), “añade que las mayoría de adolescentes con TCA presentan una serie de factores asociados a la personalidad previos al desarrollo de la enfermedad; problemas de autonomía e independencia, así como de aceptación de las dificultades de la vida adulta, falta de asertividad, perfeccionismo, rigidez, extremismo en la evaluación de problemas. Estos factores derivan en un aumento de la dificultad para adaptarse a las diferentes situaciones sociales de manera adecuada” (p.1)

En consecuencia, es importante hacer referencia a la comorbilidad existente, puesto que las adolescentes que padecen TCA son diagnosticadas con frecuencia de otros trastornos relacionados con los diferentes factores de riesgo de aparición de los TCA. La ansiedad, depresión, abuso y dependencia del alcohol, así como los trastornos de ansiedad, de la personalidad, obsesivos- compulsivos, son varios de las principales enfermedades psiquiátricas que coinciden con la AN y la BN.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Rodríguez, Novalbos, Martínez y Escobar (2004), describen en su estudio “*Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour*” que la incidencia y prevalencia de los casos de adolescentes con TCA ha aumentado notablemente en los últimos años, así como la prematuridad en la cual aparece (12-25 años), derivando en una considerable repercusión social. Esto ha dado lugar a la necesidad de profundizar en una investigación de los diversos factores propios de estos trastornos psiquiátricos.

El Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, publicado en el año 2017 nos proporciona los siguientes datos:

El 18,6% de los chicos y el 37,0% de las chicas consideran que tienen exceso de peso o que están obesos. El 29,7% de los jóvenes afirma haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 19,4% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizan dietas para adelgazar aproximadamente 2 veces y media más frecuentemente que los chicos (28,1% y 11,3% respectivamente). En los años 2015/2016 comparando con el promedio de 1996/1997, la proporción de jóvenes que realizaron dietas para adelgazar se incrementó un 74,3% en los chicos y disminuyó ligeramente en las chicas un 1%. (p.21)

Por otro lado, según la *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso* publicada por el Gobierno de Cantabria en el año 2012 “Los síntomas de la anorexia nerviosa se suelen manifestar desde los 10 a los 30 años pero la mayor incidencia se produce entre los 12 y 18 años. Por otro lado la bulimia nerviosa se manifiesta en edades superiores, con más frecuencia entre 25-40 años, a lo cual contribuye el hecho de que un buen número de casos de bulimia nerviosa ocurra en pacientes que han tenido previamente anorexia nerviosa” (p. 29).

De acuerdo con lo mencionado, esta guía evidencia que “la incidencia en la anorexia es de 8/100.000 población por año y de 12/100.000 población por año en la bulimia. Se aceptan como cifras muy aproximadas en la población femenina adolescente un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa, de 1-3% de bulimia nerviosa y 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados entre los que destaca el trastorno por ingesta excesiva más conocido como trastorno por atracones. En total, estaríamos

hablando de unas cifras de prevalencia total para los trastornos de la conducta alimentaria entre el 4,1 y el 6,41%.” (p.29).

Por tanto, se concluye que los estudios realizados en los últimos años coinciden en que la edad de inicio de aparición de la enfermedad se sitúa en los 14 años con una edad pico de 18 años. Según estos, el patrón habitual de una persona que padece TCA son mujeres adolescentes introvertidas, obsesivas, perfeccionistas, con problemas de identidad, elevado rendimiento escolar y con una percepción de sí mismas negativa.

1.4 ETIOLOGÍA

Actualmente, las causas de aparición de la enfermedad continúan siendo desconocidas, mientras que existen diversos factores individuales y sociales que provocan un aumento del riesgo de aparición de los TCA. Entre ellos, los más destacados la personalidad, factores genéticos, y variables socio-culturales como la actitud de los padres hacia el control del peso o los medios de comunicación.

Nieto et al., (2008), señalan que los TCA tienen una aparición de origen multifactorial, de tal manera que se describen los siguientes factores:

Factores sociales, los cánones de belleza, las imágenes de prensa, el éxito social del poder controlar el cuerpo, la exaltación de la delgadez, profesiones que implican exigencias de alcanzar un determinado peso o apariencia física (modelos, gimnastas). La presión social juega un importante papel en la etiología de los trastornos ya que provoca que los adolescentes se embarquen en dietas restrictivas y en otras conductas de riesgo para conseguir bajar de peso.

Factores culturales, las dietas, la economía, pérdida del valor cultural de la comida.

Factores biológicos. No existe evidencia clara sobre una causa biológica que produzca estos trastornos, no obstante se describen estudios de genética los cuales podrían aportar información sobre alteraciones biológicas del SNC que podrían cursar en la etiología de la AN.

Factores psicológicos: la falta de tolerancia al estrés, la baja autoestima, perfeccionismo, personas que basan su valía personal en la valoración del cuerpo así como a inseguridad, convierten a las adolescentes en grupos con una mayor vulnerabilidad y predisposición a padecer TCA.

Factores familiares: pertenecer a una familia desestructurada con problemas de comunicación, coaliciones encubiertas, evitación de resolución de los conflictos, incapacidad para la ayuda mutua, exceso de presión para la superación personal y el triunfo, incapacidad para aceptar la autonomía de los hijos, y por supuesto las negligencias o malos tratos físicos o emocionales. (p. 21)

Además, de la misma manera, estos autores hacen referencia a otros aspectos relacionados con el plano familiar que se convierten en componentes fundamentales del origen de aparición de estos trastornos:

La madre ejerce un papel de suma importancia en el periodo de crecimiento y desarrollo de las mujeres adolescentes. La insatisfacción corporal de la madre, o la presencia de sobrepeso puede generar un rechazo por parte de los hijos. Por otro lado, una excesiva importancia por parte de los padres dirigida al mantenimiento de la delgadez a través de hábitos sanos puede derivar en una privación de sensaciones y experiencias que se encuentran en su entorno. También, los diferentes conflictos que puedan surgir entre madre e hija pueden derivar en una actitud de negación de las adolescentes hacia sus madres negándose a comer lo que ellas cocinan. (p.25)

No obstante, es una evidencia, que uno de los factores más determinantes en el desarrollo de la enfermedad son los patrones de interacción familiar, lo que ha dado lugar a que la mayoría de los artículos realizados en la revisión llevada a cabo señalen que el Tratamiento Basado en la Familia sea una de las terapias más efectivas.

A continuación se hace referencia a diversas publicaciones en las cuales en los últimos años diversos autores coinciden en la necesidad de integrar a la familia en el proceso terapéutico de las personas con enfermedades mentales, en concreto diagnosticadas de TCA.

1.5 ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES FAMILIARES

Rolland (2000), afirmaba que los comportamientos de cada individuo están conformados por las pautas transaccionales dentro del sistema familiar.

La implicación de la familia en el tratamiento de las adolescentes diagnosticadas de TCA se convierte en un imprescindible como ayuda a la recuperación de su salud. En el estudio realizado en el año 2013, de Información actualizada sobre las familias y los trastornos

de conducta alimentaria, incluir a los padres en el tratamiento supone la reducción del tiempo de tratamiento de los adolescentes (cerca del 15%) comparado con los adultos en tratamiento por trastornos alimentarios (cerca del 50%). Actualmente, el tratamiento para adolescentes y niños con trastornos alimentarios incluye primordialmente a sus padres.

Cabe destacar la publicación de Lock y Le Grange en el año 2013, *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A family-Based Approach*, el cual permite conocer en mayor profundidad la consistencia de la Terapia Familiar Sistemática.

Esta publicación, se basa en el hecho de que diversos autores han coincidido en la necesidad de considerar a los padres como principal vía de revisión y control de cumplimiento del tratamiento. Este tratamiento fue llevado a cabo por primera vez por el Hospital Maudsley en Londres con unos resultados positivos. (p.1)

Además, en su publicación, Jauregui (2005), Autoayuda y Participación de la Familia en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, cual señala que los mejores resultados en todas las patologías parecen estar asociados a la integración de los cuidadores en el equipo terapéutico mediante técnicas educativas y de formación para el control del estrés. No obstante, este apoyo debe ser supervisado, y continuado. (p.163)

Jauregui (2005), menciona a Henry Richardson, médico, quien describió en 1948, la importancia de la intervención familiar en la recuperación de la salud en las personas que padecían trastornos mentales en su trabajo “Los pacientes tienen familia”. Este, coincidía con Lock y le Grange en la consideración de que la familia era un factor etiológico sobre el cual se debía intervenir. Por tanto, el objetivo de la educación familiar consistiría en empoderar a la familia y convertirla en una herramienta para dar cuidados y no únicamente ser un factor desencadenante. (p.158)

Del mismo modo, Liberman (1989) ocupa un lugar importante según Jauregui (2005), en el proceso de introducción de la familia en el abordaje de personas con TCA. Este, consideró que era necesario ayudar a las familias a solucionar todos los rasgos disfuncionales que provocaban altos niveles de sobrecarga y estrés a causa del miembro paciente del trastorno. Proponía un modo de proyecto psicoeducativo, con la intención de animar a los familiares a expresar sus emociones y dificultades como método de refuerzo positivo hacia la persona enferma. (p.160)

En este estudio, se menciona la importancia de la necesidad de participación familiar con la ayuda de profesionales para conocer el modo de realizar los cuidados y ayudar en las

crisis. La familia también necesita apoyo emocional para sus necesidades y para mantener la cohesión de la familia. (p.166)

Por otro lado, el mismo autor también hace referencia los diferentes problemas que existen en las familias cuyo uno de los miembros padece de TCA, los cuales están descritos en diferentes teorías explicativas sobre la interacción familiar. La falta de comunicación, la falta de asunción del liderazgo por parte de los padres; familias con graves problemas para la resolución de conflictos y la falta de asunción de responsabilidades. (p.167)

No obstante, es imprescindible añadir que desde la misma consideración de que los padres ejercen un papel fundamental en el periodo de la adolescencia, tienen una influencia muy positiva en los resultados del tratamiento de un trastorno alimentario.

Por tanto, se observa que actualmente se ha producido un cambio de paradigma el cual considera a la familia como un recurso potencial en el proceso de recuperación terapéutica, así como las variables familiares pasarían a considerarse un factor de protección y ya no tanto un factor de riesgo.

1.6 JUSTIFICACIÓN

En el estudio llevado a cabo por Torralbas, Puntí, Arias, Naranjo, Jezabel Palomino y Lorenzo (2011) se analizan las dificultades de las familias para cumplir el plan terapéutico establecido. Como resultado obtuvo que la intervención enfermera de Educación para la Salud orientada hacia la familia es fundamental para ayudar a que cada uno de los miembros mejore su capacidad de afrontamiento y el manejo emocional-conductual del adolescente.

Además, estos autores consideraron lo siguiente: “Una de las principales intervenciones que enfermería realiza en el tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria se establece en la psicoeducación familiar, aspecto indispensable en la mayoría de tratamientos en Salud Mental.” (p. 2).

Torralbas et al., (2011) describen en su publicación, Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa, las dificultades familiares expresadas en el cumplimiento del plan terapéutico establecido para los pacientes ingresados por AN. A partir de esto, explican el proceso de tratamiento que se realiza actualmente con las pacientes que padecen este trastorno:

Este proceso de tratamiento de adolescentes con TCA comienza con un abordaje inicial de forma ambulatoria. Después, existe la posibilidad del consiguiente ingreso en caso de que sea necesario. En la hospitalización las enfermeras, se convierten en responsables tanto de la supervisión de las comidas como de la implementación de pautas psicoeducativas en los diferentes aspectos del trastorno. Intervención en pautas conductuales básicas para el manejo eficiente de conductas disruptivas en el domicilio. Es decir, implementación de pautas dirigidas a la reducción de conductas problemáticas (extinción, contrato conductual, costo de respuestas), así como el desarrollo de conductas positivas y adaptadas (refuerzo positivo). (p. 360)

No obstante, Cyr, (2008), propone que entre las funciones nucleares que debe ejercer la enfermera en la terapéutica de las pacientes con TCA, está la de educar a la familia en la prevención de conflictos (llevar la autoobservación a su mejor competencia, refuerzo positivo y motivación a los padres).

Calvo, Puente y Vilariño publican en el año 2016 una *Guía sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria* dirigida a los familiares de personas diagnosticadas de esta enfermedad mental. En esta, se hace referencia a la actitud adoptada por los padres en las situaciones conflictivas como uno de los principales patrones considerados contraproducentes en las relaciones familiares. Se hace referencia a la ley del silencio, de tal manera que en muchas familias que padecen esta situación se minimiza o niegan los problemas. Por otro lado, la dificultad para ofrecer apoyo por parte de los padres a causa de la falta de comunicación o por la incapacidad de comprensión contribuyen de forma directa a la existencia de situaciones conflictivas y perjudiciales tanto para la paciente como para la familia.

Además, Torralbas et al., (2011) constatan en su estudio que “las intervenciones enfermeras sobre los cuidadores principales, en concreto los padres, están dirigidas a modificar aquellas conductas desfavorables a través de la identificación de la familia como coterapeuta imprescindible en el abordaje de la enfermedad. Para ello, es necesario reducir la negación del trastorno por parte de la familia, e inhibir las respuestas familiares de sobreprotección que dificultan la integración de las aportaciones enfermeras en la recuperación de la adolescente” (p.361). Por esto, es imprescindible que como enfermeras realicemos una valoración familiar en profundidad para conocer el entorno de los pacientes y así poder ayudar a los familiares a crear estrategias de afrontamiento, a

identificar sus roles en el proceso terapéutico y al establecimiento de relaciones interpersonales beneficiosas.

Por tanto, de acuerdo con lo mencionado, a continuación se describen en la tabla una serie de problemas y diagnósticos enfermeros frecuentes en un porcentaje muy elevado de familias de adolescentes diagnosticadas de TCA los cuales requieren de una serie de planes de cuidados con unas intervenciones específicas relacionadas con la Educación Sanitaria, la Psicoeducación familiar y el manejo de técnicas de afrontamiento y control de estrés.

Tabla 1. Proceso de Atención de enfermería a las adolescentes con TCA y su familia.

DIAGNÓSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
<p>[00074] Afrontamiento familiar comprometido</p> <p>Una persona de referencia que habitualmente brinda soporte (familiar, persona significativa o amigo íntimo) proporciona un apoyo, confort o estímulo que puede ser necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido</p>	<p>2600 Afrontamiento de problemas de la familia</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfrentar los problemas familiares • Utiliza estrategias para reducir el estrés centradas en la familia • Obtiene ayuda familiar • Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • 4390 Terapia con el entorno • 7130 Mantenimiento de procesos familiares • 5249 Asesoramiento • 7140 Apoyo a la familia • 7150 Terapia familiar • 5510 Educación Sanitaria

DIAGNÓSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
<p>[00146] Ansiedad</p> <p>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza</p>	<p>1402 Autocontrol de la ansiedad</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad • Controlar la respuesta de la ansiedad • Planificación de estrategias de superación efectivas <p>1309 Resiliencia personal <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas • Busca apoyo emocional • Verbaliza un sentido aumentado de control 	<ul style="list-style-type: none"> • 1460 Relajación muscular progresiva • 5880 Técnicas de relajación • 6040 Terapia de relajación simple • 5960 Facilitar la meditación
<p>[00063] Procesos familiares disfuncionales</p> <p>Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí misma.</p>	<p>1502 Habilidades de interacción social</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontación si procede • Utilizar estrategias de resolución de conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> • 7100 Estimulación de la integridad familiar • 5510 Educación sanitaria

Fuente: NANDA International (2012-2014).

Es por esto, que actualmente el equipo terapéutico lleva a cabo diferentes intervenciones para abordar los diferentes problemas existentes en el sistema familiar disfuncional de la paciente diagnosticada de TCA. Entre estas, cabe destacar la Educación Sanitaria, competencia enfermera. La Educación Sanitaria en el proceso terapéutico de adolescentes con TCA está orientada a la explicación de diferentes alternativas para el manejo de situaciones conflictivas y estresantes que pueden haber sido un factor en la aparición de la enfermedad como una consecuencia directa de la misma. Esta intervención enfermera, se convierte en este proyecto en una herramienta para convertir a los padres en coterapeutas y abordar los problemas desde dos perspectivas:

Resolución de conflictos y problemas familiares a través del empleo de las técnicas y mecanismos proporcionados en la Educación Sanitaria.

Integrarlos en el equipo terapéutico a través de un entrenamiento que los capacita para llevar a cabo las técnicas expuestas en el programa de Eps.

Tras un abordaje multidisciplinar de las situaciones familiares y /o estilos parentales que pueden actuar como factores mantenedores del TCA, así como de las interrelaciones, actitudes y comportamientos de los familiares, a través de la terapia familiar asistida y las diferentes intervenciones enfermeras descritas previamente, la posibilidad de llevar a cabo un programa de educación para la salud centrado en la resolución de conflictos se convierte en un recurso útil para permitir que los cuidadores tengan una percepción de mayor autoeficacia en el control de la conducta de su hija.

Cuevas y Moreno (2017), señalan lo siguiente: “El modelo de psicoeducación se ha extendido de la atención a las personas con esquizofrenia a su aplicación en otros trastornos mentales, tales como la depresión, el trastorno por déficit de atención o alimentario, hasta incluirse también en propuestas de educación sanitaria” (p. 209).

Por otro lado, estos dos autores hacen referencia al modelo de psicoeducación como una alternativa para dar solución a diferentes situaciones estresantes que pueden plantearse en la vida cotidiana de las personas y que generen dificultades de resolución. En esta publicación, presentan la psicoeducación como una estrategia de EPS dirigida a la enfermería.

Consideran la EPS, como un proceso de información, motivación y ayuda. De esta manera, la psicoeducación se convierte en una herramienta enfermera para lograr una mayor aproximación terapéutica a los familiares de una persona con una enfermedad

mental, a través de la proporción de información y entrenamiento en técnicas para afrontar conflictos.

Esta línea de actuación, tiene como objetivo, conseguir a través de la psicoeducación dotar a las familias de estrategias de afrontamiento, integrar a las personas que cuidan al paciente en el equipo terapéutico mediante técnicas educativas de formación para el control del estrés y para conseguir un mejor funcionamiento familiar y social. Asimismo, la educación familiar y el control del estrés se usan con frecuencia en los programas terapéuticos de los trastornos con unos resultados positivos según la evidencia.

Se ha hecho referencia a la importancia que tienen las dinámicas familiares en el mantenimiento de los TCA, al igual que el hecho de que existan disfunciones familiares se convierte en un factor predisponente de aparición de la enfermedad. Es por esto, que es imprescindible destacar el concepto de emoción expresada, el cual es desarrollado por March Fuente en su estudio realizado en el año 2014 (“Emoción expresada en familiares de pacientes hospitalizados en Trastornos de la Conducta Alimentaria”).

En su publicación, March cita a Van Furth, (1996) de tal manera que señala: “El papel del ambiente familiar o de la emoción expresada de la familia hacia el paciente es fundamental en la evolución de los TCA, de tal forma que las actitudes de los padres han sido consideradas variables predictivas del mal pronóstico de la enfermedad.” (p. 33).

A través de las diferentes habilidades y competencias enfermeras debemos tratar de conseguir que se establezca una adecuada relación terapéutica tanto con la paciente como con el contexto familiar basada en la empatía, en la comunicación y en la escucha activa.

Cuevas y Moreno (2017), señalan en su estudio que “la psicoeducación en enfermería es un recurso valioso en la intervención con las familias, ya que cambia la visión que tienen sobre la enfermedad o el problema y modifica la conducta de los participantes” (p. 209). Mencionan la EPS como una de las principales actividades que desarrolla el personal de enfermería, la cual permite el desarrollo de habilidades personales que conducen a la salud individual y de la comunidad.

Por tanto, la psicoeducación se presenta como una alternativa de tratamiento de las adolescentes con TCA. Además del tratamiento farmacológico, y de las diferentes terapias (psicoterapia individual, modificación de la conducta, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo de autoayuda, terapia de familia), debemos considerar en un proyecto de Eps, las principales claves de actuación enfermera que deben ser consideradas

en la Atención Primaria con el objetivo de evitar la hospitalización. Estas aparecen descritas en *Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*:

Reforzar conductas positivas.

Conseguir alto grado de empatía y confianza.

Determinar la evolución del paciente desde un plano holístico: ponderal, psicológica, social y afectiva

Mantener una postura firme sin criticar ni menospreciar

Integrar a la familia en la actuación diaria, asesoramiento y seguimiento personalizado. (p. 54)

En el artículo publicado en 2014, Salud mental y educación para la salud: propuesta para un dispositivo de internamiento breve; F. Castro, García, M. Castro, G. Monzón, J. Monzón, Vanessa (2013) describen la importancia del papel enfermero en el desarrollo de la Educación para la Salud, puesto que se trata del miembro del equipo multidisciplinar que más en contacto se encuentra con la comunidad.

No obstante, es necesaria una valoración previa de las características del entorno familiar, a través de la comprensión del concepto de la emoción expresada, y la evaluación de la misma. En su publicación, March Fuentes (2011), define la Emoción Expresada (en adelante, EE) como “la medida del ambiente familiar que refleja la cantidad y la calidad de las actitudes de los familiares hacia el paciente y ha surgido para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de una estructura familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros. En esta, Fuentes, cita a Espina et al., (1999); Muela & Godoy, (2003); Vaughn & Leff, (1976) los cuales coincidieron en el hecho de que el constructo de EE consta de cinco componentes: Comentarios Críticos (CC), Hostilidad (h), Sobreimplicación emocional (SIE), Calidez (C) y Comentarios Positivos (CP).”(p.19)

Torralbas et al., (2011) señalan en su publicación que “en el Hospital de Día de Adolescentes (HDAd) de la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT), la intervención con los cuidadores principales de las usuarios atendidos por AN se considera uno de los ejes fundamentales del tratamiento interdisciplinar, para establecer una relación terapéutica que facilite reducir la emoción expresada de estas familias, así como para favorecer la recuperación del trastorno” (p.360).

El concepto de emoción expresada se convierte en un indicador que nos permite valorar en nuestro proyecto si las familias son candidatos favorables para la participación en el mismo. Vaughn & Leff (1976) hicieron una diferenciación entre las familias con alta y baja EE, que determinaba el grado de intrusión de la familia en la vida del paciente. Es por esto, que previo al desarrollo del proyecto y como criterio de inclusión se evaluará a través de la Entrevista Familiar Camberwell (CFI), realizada por el psiquiatra, si la familia presenta una serie de condiciones para que el programa de Eps, sea de utilidad y tenga un impacto real en la recuperación de la paciente. Además, cabe destacar el "Cuestionario familiar" (*Family Questionnaire, FQ*; Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg, 2002). Es un cuestionario que evalúa la EE de los familiares hacia el paciente.

Tabla 2. Características asociadas a niveles de emoción expresada.

	ALTA EE	BAJA EE
Nivel cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente no puede controlar los síntomas - Bajas expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente puede controlar los síntomas - Altas expectativas
Nivel conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptativo, intentando resolver problemas - No intrusivo - Evitando el conflicto 	<ul style="list-style-type: none"> - Ineficacia en el manejo - Intrusivos - Confrontación
Nivel emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Calma, autocontrol - Objetividad - Empáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Rabia, y tensión intensa - Subjetividad - Preocupación en torno a uno mismo.

Fuente: Tomado de Fuentes (2011) *Emoción expresada en familiares de pacientes hospitalizados con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. .

En conclusión, estas características son muy significativas a la hora de valorar el funcionamiento del sistema familiar puesto que nos proporciona una visión sobre la percepción familiar de la enfermedad del paciente. Es por esto, que el programa de

Educación para la Salud que se va a desarrollar, centrado en la resolución de conflictos, requiere de una serie de actitudes básicas por parte de los familiares. Los problemas de afrontamiento familiar y de disfunciones familiares deben ser abordados previamente por el equipo terapéutico especializado en salud mental para conseguir un desarrollo efectivo del programa expuesto a continuación.

Por tanto, de acuerdo con lo mencionado, es preciso que los familiares que van a participar en el programa de EPS realicen este cuestionario (Cuestionario Familiar) con la finalidad de obtener información acerca de las dificultades que puedan presentar en el afrontamiento de la enfermedad de sus hijas. De este modo, un nivel mayor de EE, tendría una relación directa con una actitud por parte de los padres caracterizada por el rechazo a pedir ayuda, el malestar psicológico y en consecuencia una peor y más larga evolución de la enfermedad mental de sus hijas.

Sepúlveda et al., (2014) consideran que entre los programas dirigidos a disminuir los niveles de EE, destacan aquellos dirigidos a enseñar habilidades de resolución de problemas, con una consecuente reducción de los niveles de EE y por otro lado, aquellos dirigidos a trabajar las habilidades de comunicación.

De esta manera, a través de este abordaje multidisciplinar, se conseguiría una mayor predisposición por parte de los familiares a la recuperación del paciente así como un grado adecuado de EE, facilitando el posterior manejo conductual y emocional del paciente, en este caso, el aspecto en el cual se encuentran más dificultades: la prevención de conflictos. En su publicación, Programa de psicoeducación familiar para los Trastornos del Comportamiento Alimentario, estos autores hacen referencia a Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki y Someya (2001) los cuales, demostraron que un programa de psicoeducación y de entrenamiento en solución de problemas disminuía la ansiedad y la emoción expresada (EE) de los familiares al tiempo que mejoraba la sintomatología de los pacientes. A través de esta psicoeducación, los padres se convertirán en un recurso de apoyo con una influencia positiva en la recuperación del adolescente. (p. 133)

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de Educación Para la Salud para la prevención de conflictos dirigido a padres de adolescentes diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Área de conocimientos

- Proporcionar la información y el conocimiento para la identificación de actitudes y conductas favorecedoras en la aparición de conflictos.

Área de habilidades

- Proporcionar estrategias personales que minimicen la influencia de los factores de riesgo asociados a los trastornos de la alimentación
- Dotar a la familia de mecanismos para afrontar las situaciones conflictivas familiares que no guarden relación con la comida a través de técnicas complementarias.
- Promover el conocimiento y la asunción de alternativas prácticas de manejo por parte de los padres con el objetivo de capacitarles para actuar en situaciones difíciles y aprender a comunicarse y convivir con sus hijas.

Área de actitudes

- Favorecer la comprensión de determinados comportamientos y sentimientos del paciente, y ofrecerles la posibilidad de compartir en las sesiones su experiencia y sus reacciones.
- Asesorarles en el proceso de rehabilitación de sus hijas, para que sean capaces de establecer una relación adecuada con sus hijas en colaboración con el equipo terapéutico.
- Fomentar la empatía y la comunicación constructiva entre padres e hijos a través de técnicas de manejo de conflictos y negociación.

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN DIANA

Este programa de Educación para la Salud va dirigido a padres de mujeres adolescentes diagnosticadas de TCA, que se encuentran en fase 3 de prevención de recaídas y conclusión (Anexo 1) en el Hospital de Día- Centro de Rehabilitación Dionisia Plaza.

3.2. CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN O DE LA MUESTRA

El grupo que participará en el programa de Eps, se captará en el Hospital de Día- Centro de Rehabilitación Dionisia Plaza, a través de entrevistas en las consultas de los diferentes profesionales sanitarios (psiquiatra, psicóloga clínica, enfermera especialista en salud mental).

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión del grupo participante:

- Padres de mujeres adolescentes diagnosticadas de TCA en fase de prevención de recaídas y conclusión.
- Las hijas con un diagnóstico en un periodo de tiempo mayor a 1 año.
- Edad de las hijas comprendida entre 15-21 años.
- Que hayan recibido Terapia Familiar Sistemática por el psiquiatra.
- Realización de cuestionario familiar y entrevista previa con el equipo de Salud Mental del Centro de día, con la consiguiente valoración de las características familiares descritas por la variable de Emoción Expresada. Además, se debe considerar el nivel de estrés emocional de los participantes y su capacidad de concentración.

Criterios de exclusión

- Conflicto familiar severo que imposibilita la comprensión de la situación de enfermedad de su hija y posterior desarrollo del programa de Eps.
- Familiares con enfermedades mentales.

- Comorbilidad del TCA con Trastorno de la Personalidad.
- Fracaso del tratamiento de la familia a través de la Terapia Familiar Sistemática.

3.4. CRONOGRAMA

- Sesiones: El programa comprende seis sesiones conformadas por un grupo de 5-7 familias con la participación de un miembro mínimo por familia. Las sesiones estarán distribuidas en seis semanas con una periodicidad semanal (lunes). Las sesiones comenzarán a las 11h con una duración aproximada de 120 minutos.
- Número de participantes: No debe exceder de 14 participantes con el fin de facilitar la participación.
- Lugar: Aula concedida por el Hospital de Día-Centro de Rehabilitación Dionisia Plaza con disposición de los recursos materiales necesarios. Espacio cómodo, ventilado, con mesas y sillas.
- Coordinadora: Enfermera Especialista en Salud Mental con la adecuada formación y experiencia necesaria para la impartición de Programas de Psicoeducación y Educación para la salud. Se recomienda que sean personas con experiencia en el trato con los pacientes y sus familiares y en el manejo de grupos. Además, que posean una serie de habilidades sociales: que sean empáticos, cordiales, y que estén interesados en impartir el programa de EPS.
- Recursos materiales: proyector, y ordenador, folios y bolígrafos.
- **Ver Tabla 3. Reglas de funcionamiento del grupo.** (página siguiente)

Tabla 3. Reglas de funcionamiento del grupo.

COMPROMISO	Compromiso en la asistencia, reciprocidad y colaboración.
CONFIDENCIALIDAD	Las exposiciones privadas son confidenciales para lograr la confianza de los familiares durante el curso.
RETIRO	Cualquier participante está en libertad de abandonar la sala durante la sesión. Se sugiere comunicar al grupo la decisión de irse.
PARTICIPACIÓN	Es de carácter voluntario en todas las sesiones.
ASISTENCIA	En caso de no poder asistir a una de las sesiones es importante dar aviso para que los realizadores conozcan su situación.

Fuente: Adaptado de Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara, Sampedro Santos (2011). *Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales* (p.4).

- Evaluación del programa de EPS:

La evaluación y el seguimiento del curso dos imprescindibles para valorar la efectividad de su aplicación, así como para conocer las necesidades de mejora. Esta se va realizar mediante el Cuestionario Familiar (*Family Questionnaire, FQ*; Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg, 2002) para valorar si se ha producido un descenso en los niveles de EE, así como un cuestionario de satisfacción que se entregará en la última sesión.

- Responsabilidades Éticas

Confidencialidad de los datos, y complementación del Consentimiento Informado.

4. DISEÑO DE LAS SESIONES

SESION 1. "PRESENTACION. INTRODUCCION RELACION TCA, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (1)					
OBJETIVOS	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Sesión de iniciación para crear un ambiente grupal adecuado basado en la participación y consentimiento de la consistencia de la EPS.	Presentación de la coordinadora y de las normas del grupo. Presentación de los miembros.	Actividad de las cualidades ("soy madre de.... y considero que soy una persona...")	Papeletas Boligrafos	GC	15 minutos
	Realización del cuestionario familiar para realizar una evaluación del nivel de progreso a través de la EE.	<i>Cuestionario familiar</i> (Anexo 2)	Cuestionario Boligrafos	I	10 minutos
	Firma del consentimiento informado con el consiguiente compromiso de los participantes.	Consentimiento informado (Anexo 3)	Documento consentimiento informado Boligrafos	I	5 minutos
	Presentación de los objetivos y de los diferentes contenidos del programa de EPS.	Información con posterior exposición de ideas.	Proyector, pantalla y ordenador Diapositivas PowerPoint.	GC	15 minutos

SESIÓN 1. "PRESENTACIÓN. INTRODUCCIÓN RELACIÓN TCA, ADOLESCENCIA Y FAMILIA" (II)					
	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Abordaje del primer aspecto fundamental en la resolución de conflictos: hábitos y habilidades de escucha, de expresión verbal y gestual	Puesta en común de las expectativas y aspectos que les gustaría tratar.	Espacio abierto	Posits Mural	GC	10 minutos
	Adolescencia y TCA	Exposición y discusión en grupo de los contenidos planteados	Proyector, pantalla y ordenador	GC	40 minutos
	Papel de la familia en la recuperación de las adolescentes diagnosticadas de TCA	Sociograma (mapa de las relaciones).	Cartulinas tamaño A.3 Bolígrafos y rotuladores	I	15 minutos
	Alteraciones conductuales y emocionales habituales en adolescentes con TCA	Philips 6-6	Folios Bolígrafos	GP	10 minutos
DEBERES	Antes de terminar la clase del módulo inicial, mencione que habrá clases en que se les pedirá la realización de tareas. Realización de la actividad de preguntas acerca de la relación con sus hijos, relacionadas con la comunicación				
EVALUACIÓN	Hoja de firmas para confirmar asistencia, posterior registro realizado por la auxiliar de enfermería a partir de la observación de la participación de los padres				

GC: Grupo Completo (todo el grupo) GP: Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) P: Parejas I: Individual

SESIÓN 2. “ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y NEGOCIACIÓN” (I)					
OBJETIVOS	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Identificar situaciones que pueden derivar en un conflicto y ser capaces de prevenirlo o responder a este de manera adecuada.	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior.	Grupo nominal	Tarjetas Bolígrafos/Rotuladores Pizarra	GC	10 minutos
	Puesta en común de las respuestas a las preguntas de la actividad de la sesión anterior.	Espacio abierto	Pizarra Rotuladores	GC	15 minutos
	Entender el conflicto como algo positivo. Fases del conflicto.	Exposición teórica con posterior discusión.	Ordenador, pantalla y proyector.	GC	15 minutos

SESION 2. "PRESENTACION. INTRODUCCION RELACION TCA, ADOLESCENCIA Y FAMILIA" (II)					
	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Abordaje del primer aspecto fundamental en la resolución de conflictos: hábitos y habilidades de escucha, de expresión verbal y gestual	¿Qué debemos hacer ante un conflicto? Fases en la resolución de conflictos	Técnica proyectiva Rol playing Mural con las técnicas en la resolución de conflictos (Anexo 4)	Pizarra Rotuladores Cartulina A-3 con las técnicas expuestas	GC	45 minutos
	Asertividad, la mejor estrategia para prevenir un conflicto.	Videoterapia de grupo Debate	Proyector, pantalla y ordenador	GC	20 minutos
	Puesta en común de situaciones de conflicto que hayan vivido con sus hijos y el modo de resolverlas	Grupo nominal	Folios Boligrafos	GC	25 minutos
DEBERES	Buscar dos imágenes que sientan que representan a uno mismo y dos imágenes que representan a su familia				
EVALUACIÓN	Hoja de firmas para confirmar asistencia, posterior registro realizado por la auxiliar de enfermería a partir de la observación de la participación de los padres				

GC: Grupo Completo (todo el grupo) GP: Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) P: Parejas I: Individual

SESION 3. "EMOCIONES Y COMUNICACION. HABITOS Y HABILIDADES DE ESCUCHA DE EXPRESION VERBAL Y GESTUAL" (I)					
OBJETIVOS	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Comprender los sentimientos y emociones, entender las discrepancias y aprender a establecer unas reglas básicas de comunicación.	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior.	Grupo nominal	Tarjetas Boligrafos/Rotuladores Pizarra	GC	10 minutos
	Presentación de las imágenes escogidas y el motivo de su elección.	Imágenes	Imágenes aportadas por los participantes	I	20 minutos
	Aprender a conocer y reconocer las emociones. Empatía.	Exposición teórica "Dar respuestas a situaciones conflictivas hipotéticas"	Ordenador, pantalla y proyector. Folios Boligrafos	GC GP	30 minutos

SESION 3. EMOCIONES Y COMUNICACION. HABITOS Y HABILIDADES DE ESCUCHA DE EXPRESION VERBAL Y GESTUAL" (II)					
OBJETIVOS	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Comunicación. Técnicas de comunicación.	Exposición teórica Trabajar la comunicación no verbal	Proyector, pantalla y ordenador.	GC	15 minutos
				P	20 minutos
		<i>Escala de Comunicación Padre- Adolescente (PACS: Parent-Adolescent Communication Scale).</i> Barnes y Olson (1982, 1985). (Anexo 5)	Cuestionario Boligrafos	I	15 minutos
DEBERES	Lectura de texto con experiencias reales de padres y madres de adolescentes en situaciones conflictivas. (Anexo 6)				
EVALUACION	Hoja de firmas para confirmar asistencia, posterior registro realizado por la auxiliar de enfermería a partir de la observación de la participación de los padres				

GC: Grupo Completo (todo el grupo) GP: Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) P: Parejas I: Individual

SESION 4. "HABILIDADES COGNITIVAS DE RELAJACION Y AUTORREGULACION EMOCIONAL" (I)					
OBJETIVOS	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Dar una vía de salida no destructiva a las emociones. Trabajar el autocontrol.	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior.	Grupo nominal	Tarjetas Boligrafos/Rotuladores Pizarra	GC	10 minutos
	Puesta en común de la reflexión del texto proporcionado en la sesión anterior	Espacio abierto	Pizarra Rotuladores	GC	20 minutos
	Control emocional ante alteraciones conductuales de sus hijas.	Exposición teórica con posterior reflexión. Técnica proyectiva	Ordenador, proyector y pantalla Folios Boligrafos	GC I	30 minutos

SESION 4. "HABILIDADES COGNITIVAS DE RELAJACION Y AUTORREGULACION EMOCIONAL" (II)					
	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Técnicas de relajación	Exposición teórica	Ordenador, proyector y pantalla	GC	15 minutos
		"Aprender a contar hasta diez"		GC	10 minutos
		Técnica de relajación rápida: "Tapping" Espacio abierto para que expresen como se han sentido		GC	30 minutos
DEBERES	Descripción de posibles situaciones conflictivas con sus hijas que han vivido a lo largo de la semana en un cuaderno. Modo de resolverlas.				
EVALUACIÓN	Hoja de firmas para confirmar asistencia, posterior registro realizado por la auxiliar de enfermería a partir de la observación de la participación de los padres				

GC: Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

SESION 5. "TRABAJAR LA AUTOESTIMA Y LA ASERTIVIDAD"					
OBJETIVOS	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Aprender a reconocer las cualidades positivas de sus hijas y ser capaces de transmitírselo.	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior.	Grupo nominal	Tarjetas Boligrafos/Rotuladores Pizarra	GC	10 minutos
	Reflexión sobre lo que han aprendido en las sesiones anteriores y su aplicabilidad.	Espacio abierto	Pizarra Rotuladores	GC	20 minutos
	Conceptos relacionados con la autoestima. Necesidades de sus hijos.	Philips 6-6	Folios Boligrafos	GP	30 minutos
	Cualidades de sus hijas, Técnicas para reforzar la autoestima.	"Estoy orgulloso de..." Lluvia de ideas	Técnica proyectiva	GC	45 minutos
EVALUACION	Hoja de firmas para confirmar asistencia, posterior registro realizado por la auxiliar de enfermería a partir de la observación de la participación de los padres				

GC: Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

SESION 6. "HABILIDADES PARA ESTABLECER LIMITES Y REGULACION DEL COMPORTAMIENTO DE LOS HIJOS"					
OBJETIVOS	CONTENIDOS	TECNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
Aprender a poner limites a través de la comunicación asertiva.	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior.	Grupo nominal	Tarjetas Boligrafos/Rotuladores Pizarra	GC	10 minutos
	Técnicas para decir que "no". Habilidades para resolver conflictos. Acuerdo asertivo.	Exposición teórica con posterior reflexión. Caso práctico	Ordenador, proyector y pantalla. Folios Boligrafos	GC GP	55 minutos
	Realización del cuestionario familiar para realizar una evaluación del progreso a través del nivel de EE.	"Cuestionario familiar" (Anexo 1)	Cuestionario Boligrafos	GC	15 minutos
	Realización del cuestionario de satisfacción individual del programa de EPS.	Cuestionario de satisfacción (Anexo 7)	Cuestionario Boligrafos	GC	15 minutos
EVALUACION	Hoja de firmas para confirmar asistencia, posterior registro realizado por la auxiliar de enfermería a partir de la observación de la participación de los padres				

GC: Grupo Completo (todo el grupo) GP: Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) P: Parejas I: Individual

5. CONCLUSIONES

La enfermedad mental es parte de la condición de vida de un individuo y éste es parte de una familia, por lo que resulta necesario pensar en la interacción que existe entre el paciente y su entorno familiar. En la *Guía sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria*, Calvo et al. (2016) hacen referencia a Anderson C (1986), el cual menciona tres puntos importantes en el estudio de la familia en las enfermedades mentales. “El impacto de la enfermedad en todos los miembros de la familia; la falta de apoyo y asistencia hacia lo miembros de manera que no pueden ayudar a los pacientes de forma efectiva y se observa la existencia de conflictos y conductas inadecuadas; y el estrés que experimenta la familia asociada a la convivencia del enfermo”.

Es por esto, que surge la psicoeducación familiar como una herramienta enfermera para ofrecer cuidados en la escucha activa y técnicas motivacionales que aumenten la capacidad de afrontamiento ante las dificultades que se puedan presentar en el transcurso del trastorno.

Los conflictos que surgen en las familias con miembros que padecen una enfermedad mental, y en concreto adolescentes, se caracterizan por la existencia de situaciones conflictivas asociadas a una serie de conductas de la persona enfermera y a la incapacidad para manejar la situación por parte de los padres cuidadores. En el estudio de metaanálisis realizado por Butzlaff y Hooley (1998), se obtuvo una relación positiva entre tener una alta EE y una peor recuperación en los TCA. Por tanto, se concluye que la falta de integración de la familia en el proceso de recuperación, así como la falta de información son dos factores determinantes para una más larga y peor evolución de la adolescente diagnosticada TCA.

Pérez- Pareja, Quiles, Romero, Pamies- Aubalat y Quiles (2014), evidencian que tras una revisión de la literatura “la inclusión de la familia en la educación y en el apoyo de pacientes con TCA es una necesidad en el abordaje terapéutico de estas pacientes ya que la recuperación de la enfermedad es lenta, y el riesgo a sufrir una recaída se reduce cuando los miembros de la familia ayudan en la recuperación del paciente e intervienen en la consecución de los objetivos”.

De esta manera, este programa de Educación para la Salud, puede tener importantes beneficios en la intervención familiar, puesto que la finalidad del mismo consiste en potenciar el intercambio de experiencias que han experimentado situaciones familiares.

Por tanto, con este proyecto de psicoeducación se pretende favorecer una alianza terapéutica con la familia, ayudarla a acrecentar las habilidades necesarias y conductas que fomenten la salud individual y colectiva.

6. LIMITACIONES

En primer lugar, cabe destacar, que según Goddard (2011) actualmente, existe escasa información sobre ensayos clínicos basados en este tipo de intervención grupal familiar en TCA por lo que no se puede determinar que un programa de psicoeducación específico que sea superior a otros.

Por otro lado, Sepúlveda et al. (2014) concluyeron que una intervención familiar para promover conocimiento y habilidades de comunicación consiguió un menor impacto de la enfermedad en los familiares y otros beneficios en su experiencia de cuidado. Este equipo realizó un seguimiento tres meses después y observaron que los cambios se mantuvieron en el tiempo. Sin embargo, no evaluaron las consecuencias en los pacientes. Por tanto, ningún programa de psicoeducación ha sido valorado tanto en familiares como en pacientes, a la vez que evaluando que los cambios se mantengan en el tiempo. Además, De igual manera, cabe señalar que la actividad psicoeducativa en el campo de la enfermería tiene un desarrollo reciente, lo que ha imposibilitado identificar la psicoeducación como una intervención enfermera (NIC). No obstante, ha sido necesario considerar la psicoeducación dentro de la Educación Sanitaria dirigida a las familias puesto que permite tomar en consideración a la persona y a la familia para brindar un cuidado integral. Además, cabe destacar que se trata de una actividad llevada a cabo por diferentes profesionales (psicólogo, terapeuta ocupacional). Sin embargo, tras una revisión de la evidencia se concluye la psicoeducación como una actividad enfermera independiente, que requiere de una formación específica adquirida a través de la especialización en el campo de Salud Mental.

Por otro lado, los cambios que puedan producirse tras el programa pueden tratarse de cambios espontáneos o no específicos, que no se mantengan en el tiempo. Para valorar la verdadera eficacia de esta intervención, sería necesario hacer un ensayo aleatorizado meses más tarde de la puesta en práctica de la EPS.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi tutora, la Dra. Carmen Sellán Soto, la cual me ha proporcionado la orientación y las herramientas necesarias para desarrollar mi trabajo de fin de grado.

La confianza depositada en el tema elegido el cual ha requerido de una investigación en profundidad, por lo cual estoy profundamente agradecida. La oportunidad de desarrollar un proyecto con entusiasmo se la debo a ella.

Por otro lado, quiero darle las gracias a mis enfermeras tutoras del rotatorio realizado en la especialidad de Salud Mental, gracias a las cuales he recordado la importancia de reivindicar el desarrollo de intervenciones enfermeras de forma autónoma, las cuales tienen una gran repercusión en la recuperaciones de las personas con enfermedades mentales.

También, quiero agradecer a mi compañera y futura profesional de Enfermería, Natalia Díaz de No, su ayuda, paciencia y consejo a lo largo de la elaboración de este trabajo. Su implicación y dedicación en la ayuda a los demás la convierten en una persona apta para ejercer nuestra profesión.

Por último, agradecerles a mis padres su apoyo y sus consejos en este proceso de elaboración de mi Trabajo de Fin de Grado.

7. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. DSM-IV. Washington, D.C. 1994; 539- 50, 729-31.

American Psychiatric Association.(2010). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. DSM-V. Washington, D.C.79-89.

Cantabria: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Gobierno de Cantabria. (2008). *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso*. Recuperado de: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

Castro, FJ., García, E., Castro, M., Monzón, G., Monzón , J., & Vanesa, F. (2013). Salud Mental y educación para la salud. Propuesta para un dispositivo de internamiento breve. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/enfermeria/salud-mental-y-educacion-para-la-salud-propuesta-para-un-dispositivo-de-internamiento-breve/>

Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de la Familia y el menor. Calvo, R., Puente, R., Vilariño, P. (2016). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cómo actuar desde la familia. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007184.pdf>

Consejería de Sanidad. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. (2017). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº5. Comunidad de Madrid: Dirección General de Salud Pública. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561640&language=es&pagina me=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_ultimoBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630

Consejería de Educación. Delegación Provincial de Jaén. Álvarez, T., Gómez, A., Liébano, L., Resola., J. (2012). *Guía de Orientación para Familias de Adolescentes*. Jaén. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/052a5b1a-8502-44a3-91fc-c930b29ee9f6>

Cuevas- Cancino, J.J., Moreno-Pérez, N.E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. Universidad

- Autónoma de Madrid. *Rev. Enf Univ.* Vol. 14. 207-2018. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300453>
- Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil EU de Enfermería, (2018). *Proceso Enfermero orientado a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65876/1/Inf_SM_TCA.pdf
- Ferreira da Silva Teixeira, C. (1996). Vivencia con padres de adolescentes: una propuesta de curso que facilita el relacionamiento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, 4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000200006>. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- García, G., & Castro, A. d. (2011). *Rev. Psicología clínica*. Bogotá: Universidad del Norte- Ediciones. Recuperado de: [http://ebookcentral.proquest.com/lib/\[SITE_ID\]/detail.action?docID=3198](http://ebookcentral.proquest.com/lib/[SITE_ID]/detail.action?docID=3198)
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008) Nieto, Casado, García y Peláez. *Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Comunidad de Madrid. SEMAP. Recuperado de: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C. (2014). Programa de Psicoeducación Familiar para los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Centro de Salud Mental Usera. Hospital Universitario 12 de octubre. Universidad Autónoma de Madrid. *Rev. Beh. Psyc i Psic. Con.* Vol.22. Nº1. 133- 149.
- Herdman TH, editor. NANDA International [en línea]. *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación*. 2012-2014 [varias fechas de acceso]. Madrid: Elsevier. URL disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
- Jauregui, I. (2005). Autoayuda y Participación de la Familia en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos De La Conducta Alimentaria*, 158-198.
- Laura, A., & Fernanda, M. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Rev. Mex. De Trast.*

Alim., 3. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232012000100001&script=sci_arttext&tlng=en

Lenoir, D., & J. Silber, D. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Rev. Arch.Argent.Pediatr.*, (104), 253-260. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n3/v104n3a11.pdf>

Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa*. New York: Guilford Press. Recuperado de https://www.amazon.co.uk/Treatment-Manual-Anorexia-Nervosa-Second-ebook/dp/B009SR7HIE/ref=tmm_kin_swatch_0?encoding=UTF8&qid=&sr=

Marijuán Cuevas, M. (2016). Cuidados de Enfermería en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trabajo Fin de Grado. , Palencia.

March, J. (2014). Emoción Expresada en familiares de pacientes hospitalizados con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

McDermott Sales, J., Milhausen, R. R., Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. (2006). Validation of a Parent-Adolescent Communication Scale for Use in STD/HIV Prevention Interventions. *Health Education & Behavior*, 20(10), 1-14.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el tratamiento* (CIE- 10). Madrid, Meditro.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). *Estrategias para prevenir y afrontar los conflictos en las relaciones familiares*. Madrid. Nº.3. 29-113. <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Estrategias-prevenir-afrontar-conflictos.pdf>

Pérez- Pareja,B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies- Aubalat, L., Quiles, M.J. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en los cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. Murcia. *Anas. Psico*. Vol. 30. Nº1. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-

[97282014000100004](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.013)

- Pérez M^a J, Echauri M, Ancítes E, Checurro J. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra (2006). Manual de Educación para la Salud. Recuperado de <https://www.navarra.es/nr/rdonlyres/049b3858-f993-4b2f-9e33-2002e652eba2/194026/manualdeeducacionparalasalud.pdf>
- Quinta, C., Cabello, M^a E., Martínez, V., Jiménez, A., Payán, P., Sánchez (2015). Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Biblioteca Las Casas— fundación index. Recuperado de <http://Www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>
- Rascón, M.L., Hernández, V., Csanova, L., Alcántara, H., Sampedro, A. (2011). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_psicoeducativa.pdf
- Rodríguez, A., Novalbos, J., Martínez, J., Escóbar, L., & Castro de Haro, A. (2004). *Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour*. European Journal Of Clinical Nutrition, 58, 846–852. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601884> Recuperado de: <https://www.nature.com/articles/1601884>
- Torralbas-Ortega, J., Puntí-Vidal, J., Arias-Núñez, E., Naranjo-Díaz, M. C., Palomino-Escrivá, J., & Lorenzo-Capilla, Á. (2010). Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Rev. Enfermería Clínica*, 21(6), 359-363. doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.013
- United Nations Emergency Forces (UNICEF) (2002). Adolescencia. Una etapa fundamental. Nueva York. Recuperado de: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- Vargas Baldares, M. (2013). Trastornos de la Conducta. *Rev. Méd. De Costa Rica y Centroamérica*, 607, 476-482.

8. ANEXOS

ANEXO 1. FASES DE EVOLUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES CON TCA.

1. FASE DE CUIDADOS Y PROTECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperar la salud - Pacientes con anorexia: reestablecer el nivel nutricional y el IMC (Índice de Masa Corporal) - Pacientes con bulimia: ingreso por alteraciones orgánicas a causa de conductas purgativas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a comer
	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la realización de ejercicio excesivo
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información a la familia
2. FASE DE COOPERACIÓN CON LA PACIENTE QUE SE IMPLICA DE MANERA ACTIVA.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de pensamientos y actitudes positivas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el estrés asociado
	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de conducta
	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la imagen corporal
	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la relaciones interpersonales
3. FASE DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CONCLUSIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios del clima familiar.
	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias de grupo. • Terapia Familiar. • Psicoeducación familiar.

Fuente: Adaptada de Calvo et al., (2016). *Guía sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria*.

ANEXO 2. CUESTIONARIO FAMILIAR. (Family Questionnaire, FQ; Wiedemann, Rayki, Feinstein y Hahlweg, 2002)

¿Con qué frecuencia ocurre?						¿Cuánto le molesta?						¿Qué capacidad de control y de afrontar esas conductas cree que tiene usted?					
1= Nunca 2= Pocas veces 3= A veces 4= A menudo 5= Siempre						1= Nada 2= Un poco 3= Moderadamente 4= Bastante 5= Mucho						1= Ninguna 2= Muy poca 3= Adecuada 4= Bastante buena 5= Toda la necesaria					
Ponerse inquieto/a, ej. Pasear por la casa, no sentarse a comer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Quejas de dolores de cabeza u otros dolores	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Es impulsivo/a o imprevisible	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Hace daño o golpea a la gente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Grita o mete mucho ruido	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Es poco exigente o cuidadoso/a con las cosas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Se aburre muy fácilmente o tiene dificultad en pasar el tiempo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Se pone celoso/a de otros miembros de la familia o de amigos/as.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Le falta interés por los/as amigos/as y familiares	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Tiene movimientos aspecto y maneras raros	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Evita encontrarse con gente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Se vuelve destructivo/a o rompe cosas por toda la casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Habla consigo mismo/a o con compañeros/as imaginarios/as	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		

Es poco habitual que se levante temprano por la mañana	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Refunfuña mucho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Se tumba o se sienta sin hacer nada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Piensa que la gente esta su contra	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Le falta concentración y atención	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Es lento haciendo cosas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Vuelve muy tarde por las noches a casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Se molesta y se pone irritable muy fácilmente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Es sucio/a y desordenado/a	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pasa mucho tiempo solo/a	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiene muchos problemas de memoria como no encontrar el camino a casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Dificultades en recordar las cosas de la gente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Expresa ideas extrañas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiene miedos inusuales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Esta inusualmente excitado/a o alegre	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Se ríe o habla de sí mismo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
No dice nada cuando le hablan	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Desperdicia el dinero	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Abusa de las drogas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Bebe excesivamente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiene dificultad en dormir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiene hábitos o rutina poco habituales, ej. Vestir o acumular cosas extrañas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiene poco apetito/ no quiere comer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiene rutinas o hace cosas solo de una determinada manera	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Guarda mucho para sí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Amenaza o acusa a la gente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tiene periodos de pánico o ansiedad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Actúa de una manera rara	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Produce escándalos o riñas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Se preocupa mucho por las cosas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Blastema o es mal educado/a con la gente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Se pone triste y deprimido/a	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
No ahorra de su paga	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Habla sin sentido	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Anda con malas compañías	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Rechaza tomar la medicación	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
¿Algún otro problema? Especifíquese															

ANEXO 3. DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO	CENTRO, SERVICIO	
1. DATOS DEL PARTICIPANTE		
NOMBRE	APELLIDOS	
2. DATOS DEL COORDINADOR/A		
NOMBRE	APELLIDOS	
<p>DECLARO:</p> <p>Que he recibido la información sobre el programa de Educación para la Salud del que voy a tomar parte. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar la decisión. <input type="checkbox"/></p> <p>Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa. <input type="checkbox"/></p> <p>Que se me entrega copia de este documento. <input type="checkbox"/></p> <p>Que la información y datos expuestos en el programa de Educación para la Salud es confidencial <input type="checkbox"/></p>		
5. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO		
<p>He decidido dar el consentimiento para participar en el programa de Educación para la Salud.</p> <p>En..... A..... de.....de.....</p>		
EL PARTICIPANTE	EL COORDINADOR/A	
Fdo.....	Fdo.....	

FUENTE: Elaboración propia.

ANEXO 4. MURAL DE TÉCNICAS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS



Fuente: Adaptada de Álvarez, Gómez, Liébano y Resola (2012). *Guía de Orientación para Familias con Adolescentes*. (p.27)

ANEXO 5. Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS; *Parent-Adolescent Communication Scale*). Barnes y Olson (1982, 1985).

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre

	MI MADRE					MI PADRE				
1.- Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.- Suelo creerme lo que me dice.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.- Me presta atención cuando le hablo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.- No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.- Me dice cosas que me hacen daño.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.- Puede saber cómo me siento sin preguntármelo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.- Nos llevamos bien.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.- Si tuviese problemas podría contárselos.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.- Le demuestro con facilidad afecto.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.- Cuando estoy enfadado, generalmente no le hablo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.- Tengo mucho cuidado con lo que le digo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.- Le digo cosas que le hacen daño.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.- Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.- Intenta comprender mi punto de vista.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15.- Hay temas de los que prefiero no hablarle.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16.- Pienso que es fácil hablarle de los problemas.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17.- Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18.- Cuando hablamos me pongo de mal genio.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19.- Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20.-No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

¿En quienes estabas pensando cuando respondías?:

Marca sólo una respuesta con una X:

- ☐ Mi propia madre
☐ Mi madrastra
☐ Otra mujer que cuida de mí

Marca sólo una respuesta con una X:

- ☐ Mi propio padre
☐ Mi padrastro
☐ Otro hombre que cuida de mí

ANEXO 6. TEXTO CON EXPERIENCIAS REALES DE PADRES Y MADRES DE ADOLESCENTES EN SITUACIONES CONFLICTIVAS.**COMENTARIOS REALES DE PADRES Y MADRES DE ADOLESCENTES EN SITUACIONES CONFLICTIVAS**

(Madre) “Me gustaría desaprender el hábito de acumular emociones negativas y luego expresarlas en un momento”.

(M) “.....a veces no sabes si es que ella (mi hija) se comporta mal o soy yo que ni me aguanto a mí misma.... porque yo, por ejemplo, a mí sí me pasa (expresar emociones de forma explosiva). A veces recapacito y digo “bueno, seré yo que estoy un poco más...”.

(M) “Me gustaría poder hablar con mi hija cuando está enfadada sin exaltarme y decirle lo positivo que veo en ella”.

(M) “Cuando chillan te está pasando de todo por la cabeza” (M) “Ellos están continuamente retándonos y midiéndonos”

(M) “Para mí lo significativo es mi familia y mis hijos en casa, porque es donde mejor lo quiero hacer, donde más me duelen las cosas, donde más me debo controlar estos sentimientos”.

(Padre) “Yo busco la autoestima siendo positiva. La busco en las personas, lo bueno y lo malo; buscando, buscando lo encuentras, aunque hay veces que sobresale muy pronto lo malo”.

(P) “Es una situación muy difícil. Es que la sociedad te tira de ellos, la tele te va tirando y por mucho que digamos en el colegio o en casa le hacen más caso a un minuto de televisión que a un día o una semana tuya dándole consejos”.

(P) “Cada uno tiene sus problemas y el de los hijos es un problema general. Si estamos aquí aprendiendo es porque nuestros hijos no son tan buenos ¿no?”. (P) “Ya, pero ¿cómo hay que hacer para saber si están preparados para asumir las cosas por ellos solos?, esas responsabilidades.... porque igual los dejamos solos y no están preparados”.

Fuente: Adaptada de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). *Estrategias para prevenir y afrontar los conflictos en las relaciones familiares.*

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN**ESCALA DE PUNTUACIÓN**

1= En total desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Indiferente 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
Se han logrado alcanzar los objetivos previstos.					
Los contenidos trabajados contribuyen a la adquisición de habilidades sociales.					
Las actividades realizadas contribuyen al desarrollo de las habilidades sociales.					
Considero que poseo una mayor capacidad para comunicarme de forma asertiva y empática.					
Es necesario una formación previa y específica para este programa.					
El tiempo empleado en las sesiones ha sido suficiente					
La enfermera/o ha dirigido las sesiones correctamente					

Fuente: Elaboración propia.

